



BOLLETTINO EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE n°19

SETTIMANALE DELL'OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ' MINISTERO DELLA SANITÀ'
LAB. EPIDEMIOLOGIA e BIOSTATISTICA DIREZIONE IGIENE PUBBLICA
TELEFONO N°: 4950314 - 4954617 - 4950607

IL PIANO DELLA COMMISSIONE SPECIALE PER I PROBLEMI SANITARI NELLE REGIONI COLPITE DAL SISMA

La Commissione Speciale per i problemi sanitari nelle regioni colpite dal terremoto ha recentemente approvato al proprio interno un programma d'intervento diviso in due capitoli: 1) programma di sanità animale datato 8 gennaio 1981; 2) linee direttive per il "controllo della patologia infettiva e dell'igiene ambientale, datato 26 febbraio 1981. Il piano è stato approvato dal Governo ed è ora in attesa di finanziamento.

Di quest'ultima parte riassumiamo qui di seguito le linee fondamentali. Il programma prevede innanzitutto che, al cessare dell'emergenza, si apra una fase intermedia di passaggio fino alla completa reintegrazione del normale tessuto sanitario nell'articolazione prevista dalla legge 833/78. Gli obiettivi nel settore della sanità pubblica in questa fase sono così delineati:

- 1) Monitoraggio epidemiologico della patologia infettiva e parassitaria. La sorveglianza sull'andamento di questi fenomeni è stata effettuata, durante il periodo di emergenza, dall'Osservatorio Epidemiologico Nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità, dall'Osservatorio Regionale Campano e da un analogo servizio di rilevamento funzionante presso la regione Basilicata. Nel documento si auspica la prosecuzione dell'attività di sorveglianza a livello regionale e nazionale, e, per quest'ultima, la sua estensione nel territorio, al di là della rete di presidi ospedalieri cui attualmente fa riferimento.

- 2) Misure di prevenzione o di profilassi sulla patologia suddetta.
- 3) Monitoraggio ambientale delle matrici più significative del territorio (acqua, suolo) e degli alimenti.
- 4) Ripristino e potenziamento dei servizi igienici, soprattutto per le comunità in situazione abitativa precaria.

Delle attività connesse a questi tre ultimi obiettivi dovrebbero essere incaricate alcune strutture polifunzionali di base individuate come "nuclei di sanità pubblica" operanti nei territori più colpiti all'interno delle due Regioni e eredi dirette, se pure con compiti nuovi, dei 113 nuclei sanitari attivi nel periodo di emergenza, per una popolazione di 568.515 abitanti.

Tali strutture sono previste solo per l'attuale fase di transizione ed al massimo per due anni, come risposte ad esigenze sanitarie di base ed in collaborazione con gli organi regionali fino all'attuazione dei servizi previsti dalla riforma. Essi avrebbero le seguenti funzioni:

- a) intervento di tipo informativo epidemiologico su eventi di pubblico interesse sanitario, in collaborazione con l'O.E.N. tramite la produzione del Bollettino Epidemiologico.
- b) Interventi di tipo esecutivo (prelievo di campioni biologici da sottoporre ai laboratori di analisi competenti).
- c) Interventi di sorveglianza mirata nei settori della catena alimentare, del rifornimento idrico e dello smaltimento dei rifiuti.

I "nuclei sanitari di base" (il numero dei quali sarà computato a seconda delle esigenze territoriali) vedrebbero al proprio interno un medico, due assistenti sanitari, un ausiliario e un autista e sarebbero sottoposti alla direzione di un coordinatore, identificabile nell'Ufficiale Sanitario o in altro funzionario di sanità pubblica.

Il programma fornisce inoltre alcune indicazioni su attività di igiene ambientale negli insediamenti provvisori (potabilizzazione delle acque, smaltimento dei rifiuti solidi e liquidi). Per la sua attuazione si prevede una spesa complessiva di circa 50 miliardi, di cui 11 per spese non ricorrenti e 39 per spese di gestione annua.

Pubblichiamo qui di seguito un riassunto del commento emesso dal Direttore del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, secondo richiesta della stessa commissione speciale.

Il giudizio è complessivamente positivo trattandosi di un programma "vasto e articolato, ricco di spunti innovativi e in linea con la riforma sanitaria".

Tuttavia sono necessari alcuni commenti , riguardanti le proposte più significative del programma:

1) Nuclei di Sanità Pubblica. Si dovrebbe meglio chiarirne e specificarne le funzioni, soprattutto nei loro rapporti con le strutture del servizio sanitario, e con le corrispondenti sedi politico-amministrative. Se è vero che "si condivide la necessità di fornire un aiuto speciale alla sanità pubblica nelle zone terremotate" è altrettanto importante non creare conflitti che rallentino l'attuazione della riforma.

Ci si chiede, infine, se la spesa prevista per l'attività di tali nuclei non sarebbe meglio impiegata fornendola direttamente in gestione ai presidi di sanità pubblica di distretto: ciò eviterebbe anche il trauma dell'espulsione di "corpi estranei" alla fine del biennio previsto.

2) Funzioni dei nuclei. Vi è completo accordo con la proposta per quanto riguarda le attività di sorveglianza epidemiologica e di controllo dell'igiene ambientale e degli alimenti in collaborazione con le autorità sanitarie locali. Per quanto riguarda invece l'attività di screening di massa in vista del controllo di eventuali focolai epidemici, si sottolinea il parere critico più volte emesso su tali misure, potendosi meglio impiegare le risorse in interventi mirati su problemi emergenti.

Errata corridge

Nell'articolo "Sorveglianza del rischio di saturnismo", riportato sulle pagine 3 e 6 del BEN n.18, le unità di misura della piombemia, per una svista, sono state espresse in g/dl anzichè in $\mu\text{g/dl}$.

Ci scusiamo con i lettori e preghiamo di voler prendere atto della correzione.

SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA

Tabella settimanale dei nuovi ricoveri dalle 8 a. m. del 14 / 4 1981 alle 8 a. m. del
21 / 4 1981 per le seguenti cause:

Provincia	NA-CE-BN		SALERNO		AVELLINO		POTENZA		TOT. PARZ.		TOTALE
	0-15	16+	0-15	16+	0-15	16+	0-15	16+	0-15	16+	
Epatite Virale	2	1	0	0	0	1	0	1	2	3	5
Febbre Tifoide	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Meningite	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Morbillo	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	2
Pertosse	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Diarrea afebrile	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3
Febbre con diarrea	0	0	3	0	0	0	0	0	3	0	3
Febbre con tosse	18	0	15	3	1	6	5	6	39	15	54
Febbre senza diarrea o tosse	3	0	5	5	0	0	11	1	19	6	25
Disturbo psichico	2	0	0	0	0	0	0	4	2	4	6
Ipotermia o congelamento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trauma	7	37	46	134	1	11	11	58	65	240	305
Chirurgia generale	7	39	25	131	11	96	15	152	58	418	476
Medicina generale	18	57	29	128	22	88	9	137	78	410	488
Ostetricia	0	53	0	83	0	76	2	129	2	341	343
Motivi non sanitari	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE	61	187	124	484	36	279	53	488	274	1438	1712

Lista dei 39 Ospedali afferenti al Sistema di Sorveglianza. I dati di questa settimana mancano per gli Ospedali contrassegnati con asterisco.

N.COD.	OSPEDALE	N.COD.	OSPEDALE	N.COD.	OSPEDALE
1	I Policlinico	14	SA - G. Da Procida	29	Ariano Irpino*
2	II Policlinico	15	NA - Pellegrini	30	M.te Forte Irpino
3	Napoli OO.RR.	16	Cava dei Tirreni	31	Solofra
4	Napoli OO.RR.BB.	17	Eboli	34	Caposele*
5	Napoli Cotugno	18	Nocera Inferiore	37	Bisaccia*
6	Napoli C.T.O.	19	Oliveto Citra	44	Stigliano
7	Napoli SS. Annunziata	20	Pagani	45	Tricarico
8	Castellammare*	22	Sarno	46	Melfi
9	Frattamaggiore	23	Polla	48	PZ - S. Carlo
10	Nola	25	Benevento	49	Venosa
11	Sorrento*	26	Caserta	50	Marsico Vetere
12	T. Annunziata	27	Maddaloni	51	Chianomonte
13	T. Del Greco*	28	Avellino	52	Pisticci

CA NELLE ZONE TERREMOTATE



VIBRIO CHOLERAEE NON 0-1

Su quindici persone che avevano partecipato ad una cena in un ristorante a pochi chilometri da Mestre lo scorso Settembre, quattordici hanno manifestato entro cinque giorni una sintomatologia gastroenterica con diarrea, vomito, nausea e crampi addominali. Da campioni di feci di quattro di costoro sono stati isolati ceppi di Vibrio cholerae non 0-1. Successive indagini fra altre persone che avevano cenato la stessa sera nello stesso ristorante permettevano di identificare in tutto 24 casi di tale patologia intestinale su un totale di 50 persone intervistate.

Un'indagine epidemiologica svolta in collaborazione fra Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica (ISS, Roma) e Direzione dei Servizi di Igiene Pubblica dell' USL 18 di Dolo (Venezia), permetteva di identificare le ostriche crude come veicolo di infezione. Mediante uno studio di coorte è stata dimostrata una differenza statisticamente significativa tra sani e malati ($p=0.0117$) mediante il test del X^2 a due code con la correzione di Yates relativamente al consumo di ostriche. Tale significatività non è stata raggiunta per il consumo di nessun altro cibo o bevanda. Non è stata rilevata alcuna altra differenza significativa di età o sesso fra sani e malati, e neppure erano presenti altre caratteristiche particolari (per es. patologia gastrointestinale, etc.).

Tutti i casi si sono rimessi entro al massimo sei giorni. Tutti sono stati sottoposti a tampone rettale, ma nessun altro ceppo oltre i primi quattro è stato isolato. Il CHO test per la produzione di tossina (cellule di ovaio di hamster cinese in coltura) eseguito sui ceppi isolati è risultato negativo.

I ceppi sono stati inviati in Giappone, al laboratorio del prof Sakazaki per la tipizzazione sierologica.

Per valutare l'eventuale presenza endemica dei vibrioni nella zona, è stato attuato per circa tre mesi, a cura della regione Veneto, un piano di sorveglianza per la ricerca di V. cholerae non 0-1 nelle feci di tutti i ricoverati per malattie gastroenteriche negli ospedali regionali e nei campioni di feci sottoposti ad esame di routine (per es. alimentaristi etc.), ma non è stato isolato alcun vibrione. Ciò è probabilmente dovuto al fatto che la patologia causata da V. cholerae non 0-1 difficilmente porta all'ospedalizzazione, e pertanto la loro ricerca dovrebbe essere orientata in una popolazione extraospedaliera.

Durante i controlli di partite di molluschi di mare pescati in loco sono invece stati isolati altri ceppi di V. cholerae non 0-1, ma senza che ad essi fosse associato alcun episodio di gastroenterite.

Segnalato da: R. FELLINI (Service of Preventive Medicine, Caserma Ederle, Vicenza), G. FARISANO, C. BONELLO (USL 18, Dolo), G. RIGOLI (Centro Enterobatteri Patogeni Regione Veneto, Treviso) M. CASTELLANI, P. PIERGENTILI (Ist. Superiore Sanità, Roma)

Nota Editoriale:

Il Vibrio cholerae non 0-1 è ampiamente diffuso nell'ambiente. In realtà si tratta di numerosi ceppi che si differenziano dal classico V cholerae 0-1 per il fatto appunto di non essere agglutinabili dall'antisiero specifico 0-1. Sono raramente patogeni per l'uomo e poco è noto sulla loro potenzialità tossinogenica sulla loro capacità di causare epidemie. Prima dell'attuale episodio sono noti solo pochi episodi di epidemie di gastroenterite con isolamento di V cholerae non 0-1 dalle feci dei pazienti. Il più recente è un gruppo di 5 casi segnalato in Florida nel 1979 associati anch'essi al consumo di ostriche crude.

Non esiste sino ad ora una classificazione sierologica comunemente accettata di questi vibrioni. Esistono due classificazioni, una in 72 gruppi elaborata dagli inglesi Smith e Goodner, l'altra in 60 organizzata dal giapponese Sakazaki.

La patogenicità dei V. cholerae non agglutinabili sembra essere in relazione alla produzione di tossina. A questo proposito sono stati descritti 4 comportamenti:

1. Produzione di una enterotossina simile a quella del colera
2. Produzione di una tossina termostabile

Positività alle prove di tossinogenicità dimostrate con l'ileal-loop test (test dell'ansa ileale) o sul topino senza che sia possibile dimostrare la produzione di tossina

4. Nessuna positività ad alcuno dei test di tossinogenicità (inclusi CHO test, prova della permeabilità della cute del topo, etc)

La teoria secondo cui i V cholerae non 0-1 potrebbero costituire una riserva naturale di V cholerae classico, con la possibilità di trasformazioni reversibili nei due sensi non è mai stata dimostrata. Non si conosce nemmeno la possibile incidenza di portatori sani.

L' habitat naturale dei vibrioni in questione sono le acque costiere e le acque interne, per cui il consumo di molluschi crudi provenienti da allevamenti non controllati può causare una gastroenterite sostenuta anche da questi batteri.

SCHEMA DELLE VACCINAZIONI CONSIGLIATE IN DIFFERENTI PAESI

VACCINO	Età in cui viene effettuata la vaccinazione:		
	Italia	USA	GB
Anti-morbillo	2°anno	15°mese(1)	12°-18°mese
Anti-rosolia	8°-14° anno (2)	15°mese(1)	11°-13°anno
Anti-parotite endemica		15°mese(1)	
Anti-tubercolosi			10°-13° anno (3)

(1) La vaccinazione può essere combinata: morbillo-parotite-rosolia in un'unica dose.

(2) Solo per le femmine.

(3) BCG per soggetti tubercolino-negativi.

Le vaccinazioni riportate per l'Italia seguono lo schema di Pontecorvo (1972), Per gli Stati Uniti quello dell'American Academy of Pediatrics (Report of the Committee on Infectious Diseases, 1977) e per la Gran Bretagna quello riportato in Community Health Preventive Medicine and Social Services di M. Davies (1979).